

305

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

A. GOZZI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUBERCULOMES CUTANÉS

(Atténuation de leur Virus)

« La guérison des abcès tuberculeux est la règle,
soit qu'ils se trouvent abandonnés à eux-mêmes,
soit que l'art intervienne. » (Lannelongue,
Abcès froids et tuberculose osseuse, 1881).

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

LEJARS et VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

305

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

A. GOZZI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUBERCULOMES CUTANÉS

(Atténuation de leur Virus)

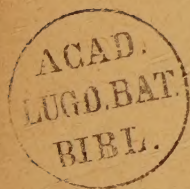
« La guérison des abcès tuberculeux est la règle, soit qu'ils se trouvent abandonnés à eux-mêmes, soit que l'art intervienne. » (Lannelongue, Abcès froids et tuberculose osseuse, 1881).

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

LEJARS et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomic		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomic pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
	}	POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER
dies de l'encéphale		RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		BERGER
Clinique des maladies du système nerveux ..	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MES AUTRES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, maintes fois, nous avons été frappé de l'évolution si variable, de la marche si différente suivant les cas, de la tuberculose.

Les récents travaux du Congrès de Berlin, nous font envisager la pathogénie d'une façon nouvelle, et l'idée qu'en pathologie les réactions de l'organisme sont primordiales s'en dégage avec précision. Dans la lutte qu'on doit entreprendre contre l'extension du germe morbide, il faudrait non pas tant essayer de combattre directement cet agent nocif que connaître à fond la façon de réagir des différents tissus à son contact, et en possession de ces notions, chercher par des moyens appropriés à relever la vitalité de ces tissus.

Dans notre thèse nous voulons étudier seulement les tuberculômes de la peau dont l'histoire est très spéciale telle qu'elle résulte du fécond enseignement du professeur Lannelongue.

Affection purement locale, frappant des sujets

jeunes de santé générale souvent florissante, ces manifestations tuberculeuses ont peu de tendance à la généralisation. Nous rechercherons quelles sont les causes qui président à la localisation du bacille tuberculeux dans le derme et pour quelles raisons l'agent infectieux devenant impuissant à envahir l'organisme s'y maintient le plus souvent.

Et, s'il ressort quelque intérêt de notre modeste travail, c'est au maître éminent, qui nous l'a inspiré, M. le professeur Lannelongue, que nous en serons redevable; qu'il en accepte la dédicace comme un témoignage de notre profonde gratitude.

Grandes aussi sont nos obligations envers M. le docteur Villemin qui ne nous a jamais ménagé son temps ni ses conseils et a bien voulu faire pour nous les expériences que nous apportons à l'appui de notre thèse; nous le prions d'agréer nos remerciements très sincères.

M. le docteur Huchard, tient une place à part dans nos respectueux souvenirs. Nous sommes heureux de lui dire la reconnaissance affectueuse que nous lui gardons pour la bienveillance toute paternelle avec laquelle il nous accueillit comme stagiaire dans son service.

Que M. le professeur Dieulafoy veuille bien recevoir l'hommage de notre respect et de notre profonde gratitude pour le savant enseignement clinique qu'il nous a sans cesse prodigué pendant l'année que nous

avons passée dans son service. Nous ferons en sorte de ne pas oublier et d'imiter la méthode avec laquelle il sait poursuivre la recherche du diagnostic.

Nous adressons également nos remerciements à M. le docteur Blum, notre premier maître en chirurgie et au docteur Kirmisson, dans le service duquel nous avons pu nous familiariser avec la pratique de la chirurgie infantile.



HISTORIQUE

Les anciens auteurs qui se sont occupés de la scrofule ont généralement considéré comme caractères essentiels des scrofulides, l'étendue et la profondeur des ulcérations. Ils ne les ont guère envisagées que comme des inflammations banales à tendance suppurative et ulcéreuse, et à part les productions de l'adénite chronique et du lupus tuberculeux il semble qu'ils n'aient point vu que la scrofule pouvait se manifester sous une forme primitivement néoplasique.

Au reste, la nature même de la scrofule et surtout son identité avec la tuberculose étaient alors complètement inconnues et sous la rubrique de « scrofulides » on groupait une foule de manifestations dissemblables. Ne voyons-nous pas Bazin (1) par exemple considérer comme telles les engelures, le prurigo, le lichen, le strophulus, l'intertrigo et autres !

(1) Bazin. — Leçon sur la scrofule, Paris 1861.

Si le sujet porteur de la lésion accusait des antécédents syphilitiques, celle-ci était aussitôt étiquetée « spécifique » puis, quand le traitement venait protester à la longue contre cette conception, on y attachait le qualificatif « rebelle » pour sauver les apparences. L'examen n'étant ainsi jamais poussé plus loin la nature de la lésion passait inaperçue.

Lorsque Schüppel, Koster, Friedlander, entrevirent l'identité de la scrofule et de la tuberculose, identité que les travaux ultérieurs de Rindfleisch, Charcot, Thaon, Brissaud, etc., sont venus établir, lorsque les éléments spécifiques et générateurs des lésions scrofulo tuberculeuses furent mises en lumière, le premier pas fut fait et une scission s'imposa entre les lésions scrofulo-tuberculeuses d'une part et toutes ces lésions qui n'avaient rien de commun avec elles de l'autre.

Pour mériter le nom de scrofulides, l'affection qui nous occupe, la gomme tuberculeuse devait nécessairement intéresser la peau et en effet la lésion peut aboutir et aboutit même très souvent à l'ulcération. Mais cette ulcération n'est qu'un stade secondaire dans l'évolution d'une petite tumeur qui est, elle, le phénomène primitif, quelquefois même la seule manifestation de l'infection tuberculeuse et qui a pourtant été reléguée au second plan par les anciens observateurs.

Cependant nous devons dire que dans certaines

descriptions du commencement du siècle on remarque déjà de la part de plusieurs auteurs une tendance manifeste à mettre en relief ce fait qu'une tumeur circonscrite avait primitivement constitué la lésion fondamentale. C'est ainsi qu'on retrouve dans Lebert (1) une observation de « tumeurs circonscrites » du derme en rapport avec la constitution scrofuleuse. « Les tumeurs cutanées, dit-il sont isolées ou con-
« fluentes... Le diamètre de leur longueur et de leur
« largeur varie entre dix et quinze millimètres. Plus
« elles sont développées, plus elles sont rouges.
« Toutes sont indolentes au toucher et à la pression ».

Hunter (2) fait également allusion à des produits de la scrofule qui ne siègent pas dans les ganglions lymphatiques, et auxquels il donne le nom de « tumeurs circonscrites ».

Alibert (3) le premier, prononce le mot de tubercule. Il en a observé sur la face d'un sujet et il nous en fait la description. Ils sont « de la grosseur d'une aveline, tantôt circulaires, tantôt allongés »,

Bazin a décrit les « molluscum tuberculeux » qui ressemblent fort à des tuberculômes. Hanz Bhiari et Bizzorero ont publié des faits analogues quand M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, frappé par

(1) Lebert. — Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, page 266.

(2) Hunter. — Œuvres de John Hunter, t. I, page 660.

(3) Alibert. — Traité de dermatose, 1832.

la ressemblance que ces tumeurs survenant chez des malades exempts de syphilis, mais manifestement scrofuleux, présentent avec les gommes syphilitiques leur donne le nom de gommes scrofuleuses, en 1873.

M. Ernest Besnier en fait l'objet d'une leçon clinique le 28 juin 1876 et dépose de nombreuses pièces à l'hôpital Saint-Louis. Il inspire la thèse de Voguet en 1877 et plus tard le travail de MM. Brissaud et Josias (1) auxquels revient l'honneur d'avoir démontré l'existence des follicules tuberculeux dans ces tumeurs en même temps qu'ils ont établi que le siège du dépôt tuberculeux était à la face profonde du derme.

Avec ces derniers auteurs, les gommes scrofuleuses s'élèvent à la hauteur d'une entité morbide nettement définie. Elles ont une étiologie des caractères, une évolution propres. Elles passent du domaine de la scrofule dans celui de la tuberculose et M. le Professeur Lannelongue leur donne le nom de tuberculômes qui donne une idée plus exacte de leur nature.

(1) Brissaud et Josias. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.



ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Grâce à la découverte de Koch, nous savons aujourd'hui qu'un bacille est la cause directe et immédiate de la tuberculose de l'homme, quelle qu'en soit la localisation (poumon, os, ganglion, peau). On a pourtant fait quelques objections à ce principe général. On a dit notamment qu'il existe des tuberculoses dans lesquelles on ne trouve pas de bacille. Mais Koch lui-même avait déjà insisté sur ce fait que le bacille ne se trouve constamment que dans les cas où le processus de la prolifération tuberculeuse continue à évoluer, tandis qu'il disparaît des produits tuberculeux, caséifiés, frappés de mort.

La seconde objection est plus sérieuse. M. J. Courmont (1), de Lyon, a observé deux cas de tuberculose humaine cliniquement et anatomo-pathologiquement typiques, sans bacille de Koch et dûs à un streptobacille très voisin de celui du cobaye. Mais ces faits sont exceptionnels et dans tous les cas, si le bacille

(1) J. Courmont. *Presse médicale*, 1899, n°

n'est pas toujours l'agent de la tuberculose, il en est le plus habituel, et nous le considérerons comme la condition *sine qua non* de la formation des gommes tuberculeuses.

Il ne faut pas oublier cependant que cette affection a fait partie pendant longtemps du domaine de la scrofule où elle était classée avec d'autres lésions diverses dont le caractère commun était de se rencontrer sur un organisme débilité, et cette raison seule suffit à nous montrer combien il faut tenir compte du terrain dans le développement des gommes tuberculeuses ou de toute autre manifestation de la tuberculose.

Si la présence seul du germe bacillaire, suffisait à l'infection de l'organisme, il faudrait s'attendre à ce que la totalité des hommes deviennent tuberculeux, étant donné le grand nombre de bacilles que les crachats desséchés des phtisiques diséminent dans l'atmosphère. Il faut donc faire intervenir des causes d'ordre général pour que l'implantation et la pullulation des agents infectieux soient possibles.

Le séjour dans une habitation humide, l'air confiné, une alimentation défectueuse ou insuffisante, une maladie antérieure et particulièrement les fièvres éruptives. En un mot, toutes les causes de débilitation de l'organisme apportent leur appoint dans la préparation d'un milieu favorable au développement des bacilles tuberculeux. Ainsi les enfants d'ouvriers,

habitant les grandes villes qui vivent dans des chambres mal aérées, dans les conditions hygiéniques les plus mauvaises sont-ils plus éprouvés que les petits paysans.

Cependant, la maladie frappe parfois d'autres sujets en pleine santé, dans les meilleures conditions semble-t-il pour éviter le mal. C'est ainsi qu'on voit des enfants de superbe apparence, présenter plusieurs tuberculômes de la peau.

On peut penser alors à la transmission héréditaire. L'hérédité de la tuberculose est en effet une des notions les plus répandues dans le public ; les médecins mêmes y ont cru pendant longtemps jusqu'au jour où la découverte du bacille de Kock est venue soulever la question de l'hérédité de la graine ou du terrain. Mais souvent on ne peut invoquer ni l'une, ni l'autre. Les parents, les frères, les sœurs, aucun membre de la famille n'a jamais présenté la moindre tare organique.

Quelle est donc la cause qui nous donnera la clef de cette localisation ? Le traumatisme ? Nulle autre partie du corps ne se trouve en effet plus exposée que la peau aux influences des agents extérieurs et d'ailleurs on a reconnu de tout temps, au traumatisme, une action localisatrice considérable des infections microbiennes, et dans l'histoire des lésions articulaires et osseuses on le trouve si souvent signalé au début qu'on ne pou-

vait faire moins que de lui donner une large place dans l'étiologie de ces accidents.

Cette donnée clinique de pathogénie générale semblait même avoir reçu une confirmation scientifique par les célèbres expériences de Max Schüller. Mais la question a été reprise et mise à l'ordre du jour par l'importante communication de MM. Lannelongue et Achard au Congrès de Berlin (1). Qu'il nous soit permis d'en rapporter tout au long les arguments.

MM. Lannelongue et Achard reconnaissent volontiers que dans le cours de diverses infections (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, bacille d'Eberth), une fracture, une injection sous-cutanée de liquides stériles peuvent provoquer le développement *in situ* d'un foyer contenant l'agent microbien venu par voie interne. Mais cet appel de microbes dans les tissus levés resterait sans effets pour le bacille de Kóch, de sorte que la clinique se trouve en désaccord avec les conclusions de Max Schüller.

« L'un de nous a eu l'occasion d'observer quelques fractures et même une luxation du pouce chez des tuberculeux sans qu'il soit survenu de complication bacillaire dans le foyer. »

« D'un autre côté, beaucoup d'auteurs prétendent que l'entorse et les contusions ostéo-articu-

(1) Lannelongue et Achard. — Note lue au Congrès de la tuberculose, 1899. Traumatisme et tuberculose, Bulletin médical, n° 43.

« laires sont la cause fréquente de l'apparition des
« ostéo-arthrites tuberculeuses. Ils acceptent le récit
« des sujets ou des parents des enfants qui comme
« pour les tumeurs rapportent la maladie à un acci-
« dent. En réalité le traumatisme ne fait que dévoiler
« un mal existant déjà sous une forme peu apparente
« depuis un temps plus ou moins long. »

Si les résultats de Max Schüller ne cadrent pas avec les observations cliniques, c'est qu'il s'est glissé des causes d'erreur dans sa façon de procéder. Il a fait des expériences avec des produits humains plus ou moins purs considérés à tort comme les agents de la tuberculose. De plus l'animal sur lequel elles ont porté, le lapin, est relativement peu favorable à l'évolution de la tuberculose humaine. C'est pour ces raisons que MM. Lannelongue et Achard ont jugé bon de reprendre ces expériences.

Tout d'abord ils ont inoculé à des cobayes par diverses voies des cultures de bacilles humains et des produits tuberculeux puis ont fait subir à ces animaux des traumatismes divers au niveau de leurs articulations. Ils sont morts tuberculeux et aucun d'eux n'a présenté de lésions tuberculeuses.

Injectant ensuite à des lapins, des cultures pures de bacilles humains ils n'ont obtenu aucun résultat, sauf pour un seul qui ayant subi la résection de la hanche présentait un foyer traumatique qui n'était pas absolument fermé.

La culture ne semblant pas assez virulente pour le lapin ils leur ont injectés des produits d'origine humaine. Plusieurs fois ils ont provoqué des arthrites tuberculeuses, mais il leur a fallu pour cela inoculer de fortes doses des produits virulents, faire leur inoculation dans le sang et traumatiser en même temps.

Pour que le traumatisme exerce une action localisatrice il faut donc que le sang renferme des bacilles en quantité assez considérable; ce que l'on n'observe ordinairement pas dans les lésions tuberculeuses évoluant lentement.

D'après ces expériences on peut voir « qu'il n'est
« pas aussi facile qu'on le croyait et qu'on l'a répété
« partout depuis Max Schüller, de localiser dans un
« foyer traumatique le processus tuberculeux.

« Chez l'homme atteint de lésions tuberculeuses
« il faut autre chose qu'un traumatisme même vio-
« lent, et sans doute l'intervention d'une cause agis-
« sant d'une façon plus prolongée est nécessaire
« pour déterminer la formation en un point localisé
« d'un foyer bacillaire d'origine muqueuse. »

Il est temps nous semble-t-il de faire intervenir un facteur étiologique important : l'âge.

D'une façon générale, c'est l'enfant qui paie le plus fort tribut aux tuberculoses locales et dans le cas particulier, s'il est vrai de dire qu'on peut observer des tuberculômes cutanés à tous les âges, chez

l'adulte et même chez le vieillard, il n'en reste pas moins établi que l'enfant est le plus exposé de tous et que chez lui seul on rencontre ces tuberculômes généralisés au point de donner l'illusion d'une éruption.

Cette prédilection de la tuberculose pour le derme de l'enfant, peut s'expliquer par une raison d'ordre anatomique.

Si l'on considère une coupe de la peau, on remarque à sa face profonde une couche de tissu conjonctif drainée par de nombreux lymphatiques et des capillaires sanguins. Chez l'adulte la trame de ce tissu est dense, entremêlée de fibres élastiques anastomosées et de fibres musculaires d'autant plus abondantes qu'on se rapproche de la surface de la peau. Chez l'enfant ce tissu est lâche, il y a peu ou point de fibres élastiques ou musculaires, les éléments conjonctifs n'ayant pas encore subi la transformation fibreuse et chacun sait la préférence de la tuberculose pour les tissus conjonctifs lâches.

Mais, les tissus jeunes, ne sont pas seulement des tissus lâches, peu denses, non fibreux ; ce sont aussi des tissus en voie de transformation qui se développent et s'accroissent. Pour subvenir à leur entretien propre et à l'édification des nouvelles cellules, les éléments anatomiques jeunes ont besoin de matériaux beaucoup plus considérables que les tissus adultes. Le sang au milieu duquel ils

vivent se charge de leur en fournir, mais les cellules sont obligées d'intervenir par leur activité propre et l'énergie de leurs actes se trouve en rapport direct avec la quantité de substances dont elles ont besoin. Dans quelle mesure et comment l'activité nutritive peut-elle favoriser l'appel des bacilles de Koch ? Nous l'ignorons, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle doit avoir une certaine importance, car la prédilection de la tuberculose pour certaines parties du corps qui se trouvent entre justement celles où l'activité cellulaire est le plus considérable ne peut être l'effet du hasard. L'accroissement des os en longueur se fait par prolifération cellulaire et apport de substances calcaires dans les épiphyses au niveau des cartilages de conjugaisons et c'est là qu'on rencontre le plus souvent les foyers tuberculeux.

C'est aussi par sa face profonde que le derme reçoit les matériaux nécessaires à la formation des cellules qui vont remplacer celles que la desquamation épidermique enlève à la peau ; chez les jeunes enfants le derme est ainsi l'objet d'un accroissement considérable nécessité par le développement parallèle du corps. C'est là que se localisent les bacilles tuberculeux.

On ne saurait voir là une simple coïncidence, et après avoir été successivement amené à admettre que la prédisposition héréditaire ou acquise, pas plus que le traumatisme ne suffisent à expliquer la localisation des tuberculômes cutanés, il nous faut accorder à

l'activité nutritive considérablement développée pendant les premières années de l'existence, une importance prépondérante dans la pathogénie des localisations bacillaires.



ÉTUDE CLINIQUE DES TUBERCULOMES LEUR GUÉRISON SPONTANÉE

Les tuberculômes cutanés sont à l'origine de petites tumeurs, dures, arrondies, ovoïdes, localisées à la face profonde du derme. Ils ne provoquent aucune douleur, aucune réaction locale et les malades, surtout les jeunes sujets, n'en soupçonnent même pas l'existence. Ils peuvent conserver pendant longtemps ce petit volume et la mère qui, en procédant à la toilette de son enfant, découvre des petits nodules de la grosseur d'un grain de riz ou d'un petit pois, ne s'inquiète nullement, tant il est vrai que le public mesure souvent la gravité du mal par la grandeur même de la lésion. Ils échappent ainsi à l'observation du médecin que l'on ne songe à consulter que plus tard à une époque tardive de leur évolution. Cela explique la fausse conception dont les tuberculômes cutanés ont été l'objet de la part des anciens observateurs, qui n'ont vu en eux que le caractère ulcératif.

Mais les tuberculômes sont souvent multiples ; leur apparition s'est faite successivement et l'on peut

alors envisager d'un coup d'œil le cycle complet de leur évolution.

A côté des nodules durs, présentant les caractères que nous venons d'indiquer, on en voit d'autres qui se sont ramollis. Plus ou moins envahi, le derme est devenu rougeâtre ou violacé et une tumeur fluctuante fait saillie à l'extérieur.

Dans d'autres régions du corps, la lésion est encore plus avancée. La marche de plus en plus envahissante de la tumeur a provoqué la destruction complète de la peau et il en est résulté une ulcération à bords décollés, allongée, anfractueuse, plus ou moins circulaire, au fond de laquelle on remarque des détritüs caséeux, grisâtres, fongueux. Tout autour, la peau est amincie et violacée. C'est la scrofulide des anciens, résultat final d'un processus qui, d'abord néoplasique, est devenu destructeur.

Cependant, l'ulcération n'est pas l'aboutissant nécessaire de l'évolution du tuberculôme ; elle n'est pas la conséquence inévitable de leur existence et souvent on peut observer la résolution spontanée de la tumeur primitive, constituée ou non en abcès.

Cette heureuse terminaison de manifestations tuberculeuses n'a rien qui puisse nous étonner ici, puisque on a observé le même fait pour les grosses collections, les abcès par congestion par exemple. M. Lannelongue en rapporte plusieurs exemples et

l'on trouve dans la thèse de M. Forget (1) trente-et-un cas d'accès par congestion guéris spontanément.

« Le cas se renouvelle plus fréquemment pour les petits abcès froids, les gommés tuberculeuses, dit M. Lannelongue (2). En même temps que la mollesse augmente, on voit les limites devenir moins nettes, comme si la poche elle-même se déchirait et tombait en déliquium ; par suite, la tumeur perd sa forme arrondie et devient plate ; peu à peu la fluctuation disparaît et bientôt elle n'est plus perceptible ; la tumeur est réduite à un petit engorgement qui perd chaque jour de sa consistance et finalement disparaît lui-même.

La peau voisine présente en général des lésions, des stigmates, qui permettent longtemps après la disparition de l'abcès de reconnaître à coup sûr l'existence antérieure. Ce sont le plus souvent des taches rosées ou rougeâtres, violacées, présentant parfois des marbrures et des points ecchymotiques sur un fond en général déprimé en cupule. Quand la tache n'est pas déprimée et reste de niveau avec les portions saines, elle est au moins plus molle et plus dépressible que ces dernières. La peau est plus lisse au toucher, quelquefois plissée et gaufrée, mais sans véritable solution de continuité ».

(1) Forget. Guérison spontanée des abcès froids. Thèse Paris, 1884.

(2) Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse. 1881

Ces taches ont comme on le voit une grande valeur dans le diagnostic rétrospectif des tuberculômes guéris spontanément ; elles nous ont permis de constater la régression naturelle de quelques-unes de ces tumeurs dans les cas qu'il nous a été donné d'observer et que nous allons rapporter.

Observation 1

Georges G..., âgé de 8 mois est admis le 2 mai 1897 à l'hôpital des Enfants Malades dans le service de M. Lannelongue, salle Giraldu, n° 25, parce qu'il présente sur tout le corps un nombre si considérable de tuberculômes, qu'ils ressemblent presque à une éruption.

Cet enfant a été élevé en nourrice au biberon et semble d'une constitution chétive, mais on ne relève dans ses antécédents aucune trace d'hérédité tuberculeuse ou syphilitique.

Les détails manquent sur la date d'apparition des premiers abcès mais l'aspect clinique de certains d'entre eux porte à croire que le début remonte assez loin. Quelques-uns sont ulcérés et laissent s'écouler une matière caséeuse et puriforme ; d'autres de la grosseur d'un pois et même d'une noisette, présentaient une coloration violacée et ne tarderont pas à s'ouvrir spontanément si l'on n'intervient pas ; d'autres enfin sont durs, de la grosseur d'un grain de riz ou d'un petit pois. Par une palpation méthodique et

minutieuse, on en découvre encore d'autres que la vue seule n'avait pu faire distinguer. Il y en a un nombre considérable que nous comptons par régions afin de mieux nous y reconnaître.

Au membre inférieur gauche 34.

Plus nombreux sont encore ceux qui siègent sur le membre inférieur droit ; on en compte 72 parmi lesquels trois se sont ulcérés.

Le tronc est épargné, mais le cou, les épaules et le cuir chevelu en sont farcis. Il y en a 40 ce qui fait en tout 146 tuberculômes.

En présence d'un cas aussi malin, on s'est demandé si ces tuberculômes n'étaient pas la manifestation d'une infection générale. Le malade avait un peu de fièvre, il était maigre, chétif, atrophie. Tout dans son état général portait à le croire.

Pendant en examinant bien ses tuberculômes on pouvait presque affirmer que quelques-uns d'entre eux évoluaient spontanément sur la guérison comme avaient évolué d'autres tuberculômes dont la présence ne se révélait plus que par de petites taches violacées caractéristiques de la régression des gommes tuberculeuses.

Le 4 mai 17 tuberculômes du membre inférieur gauche sont incisés et grattés.

Le 15 mai on pratique une seule incision suivie de grattage sur le membre inférieur gauche ; on opère de la même façon 11 tuberculômes nettement fluctuants du membre inférieur droit et 13 abcès siégeant sur le cou, les épaules et le cuir chevelu.

Ce jour même, M. le Dr Villenin a injecté sous la peau

du ventre d'un cobaye, du sang recueilli par une petite incision faite sur l'avant-bras gauche de cet enfant. Il est peut-être encore trop tôt pour en constater les résultats, mais à l'heure qu'il est le cobaye se porte très bien et ne présente aucun ganglion nulle part.

Sur 146 tuberculômes, on n'en a opéré que 41. Parmi les 105 autres, il y en avait qui semblaient vouloir se ramollir, mais beaucoup d'autres, la majorité, était en voie de régression.

Tout allait au mieux, les abcès opérés étaient guéris presque complètement quand l'enfant dont l'état général ne s'était jamais amélioré, est pris de diarrhée et succombe le 27 mai.

L'autopsie pratiquée le 29 n'a révélé aucune trace de tubercules dans les viscères.

Il importe de distinguer dans cette observation deux catégories de faits qui à notre sens sont tout-à-fait distincts : l'enfant comme bien d'autres clients habituels de nos hôpitaux a succombé à des phénomènes d'athrepsie qui résultaient des conditions défavorables de nutrition dans lesquelles il avait été placé. Nourri au biberon par la nourrice plus ou moins au courant des règles de l'hygiène alimentaire, sa nutrition est restée défectueuse dans nos salles ; mais on ne saurait considérer chez lui pas plus que chez les enfants qui meurent de diarrhée infantile, la tuberculose comme jouant un rôle quelconque dans l'affection qui a dé-

terminé la mort. En dehors des constatations d'autopsie négatives au point de vue de la tuberculose viscérale, l'évolution d'un certain nombre de tuberculômes cutanés vers la guérison prouve bien la bénignité des manifestations bacillaires et l'atténuation du virus au niveau du tégument externe.

Dans tous les cas suivent trois observations où la santé générale est restée parfaite.

Observation 2

Roger S., âgé de 3 ans et demi, est présenté par sa mère à la consultation de l'Hôpital des Enfants malades, le 16 mai 1899.

Cet enfant a été nourri au biberon, mais n'a jamais fait de maladies proprement dites avant sevrage.

Le père n'a jamais joui d'une santé parfaite ; il n'a jamais toussé, mais a présenté à différentes reprises des « grosseurs » sur le corps qui ont disparu spontanément.

La mère est bien portante. Elle nous raconte qu'il y a environ un mois, elle s'est aperçue accidentellement d'un petit gonflement sur la partie antérieure et interne de la cuisse droite de son enfant, tout contre le scrotum. Ce gonflement était dur, puis il s'est ramolli et c'est pour cela qu'elle amène son enfant à l'hôpital.

A l'examen, la tumeur présente le volume d'un petit œuf ; elle est très fluctuante. La peau est violacée à son ni-

veau. La collection est sous-cutanée et ne se rattache à aucune lésion osseuse.

Après avoir mis l'enfant complètement à nu et examiné les différentes régions du corps, on trouve sur la fesse gauche une plaque violacée de la grandeur d'une pièce de un franc, ulcérée au centre. Tout autour on remarque 5 petits nodules rouges d'une consistance assez résistante et qui semblent enchassés dans le derme. La palpation nous révèle l'existence de 3 autres petits noyaux durs sous-dermiques.

Sur le tronc on ne découvre rien si ce n'est la cicatrice d'une incision faite par un médecin sur un tuberculôme dont l'enfant a souffert au mois d'août dernier.

Au niveau du coude gauche qui est augmenté de volume on sent un foyer fluctuant, profond, d'origine osseuse.

Sur l'avant-bras droit on compte 7 noyaux sous-dermiques.

Les articulations tibio-tarsienne et fémoro tibiale gauches sont augmentées de volume, mais on ne perçoit aucun signe qui puisse faire croire à des tumeurs blanches.

L'état général de l'enfant est excellent. Il est admis à l'hôpital et le 29 mai, M. Villemin incise et gratte son tuberculôme de la cuisse droite, son foyer profond du coude gauche et racle les fongosités de la gomme ulcérée qui siège sur la fesse gauche.

Les suites opératoires ont été excellentes. L'enfant n'a jamais eu de fièvre; ses abcès traités chirurgicalement ont guéri, les autres au nombre de 10 ont évolué spontanément sur la guérison et l'on peut encore constater les taches caractéristiques reliquats de leur régression.

Observation 3

Lucien N..., âgé de 10 mois est reçu salle Giraldès, au n° 10, le 31 mai 1899, parce qu'il présente un *spina ventosa* du médius gauche et un foyer d'ostéite tuberculeuse dans le quatrième métacarpien droit:

Il a été nourri au biberon et présente l'aspect d'un rachitique (gros ventre, chapelet costal, nouure des épiphyses).

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Outre ces lésions osseuses qui sont opérées le 2 juin, ce petit malade offre à la face postérieure de la cuisse gauche une tumeur d'une consistance assez grande comparable à une petite amande pour la forme et la grosseur.

Elle est indolente et si on essaie de plisser la peau à son niveau, elle présente l'aspect très net de l'écorce d'orange. Cette tumeur semble avoir débuté depuis assez longtemps, mais elle est restée stationnaire sans que son caractère se soit modifié un seul instant.

En procédant à l'examen de tout le corps par la palpation plutôt que par la vue, on sent au niveau du cou un nodule de la grosseur d'un pois, dur, arrondi, indolent, adhérent à la peau et la palpation du cuir chevelu nous relevons 16 petites tumeurs semblables parmi lesquelles on peut en distinguer qui sûrement ne s'ulcéreront pas.

L'état général de l'enfant est très bon.

Observation 4 (Due à l'obligeance de M. Brenot,
externé du service de M. Lannelongue)

Georges R..., âgé de 12 ans, vient consulter à l'hôpital des Enfants Malades, le 14 juin 1899, pour plusieurs « gros-seurs » qu'il a sur le corps.

C'est un enfant de superbe apparence.

On remarque sur la face externe du bras droit dans le tiers inférieur du membre une tumeur fluctuante de deux centimètres et demi de longueur sur deux de largeur environ. L'abcès est développé au dépens du tissu cellulaire sous-cutané, car la peau est indemne. Il en est de même pour un second abcès siégeant à la face postérieure du bras gauche dans le tiers inférieur également. Ce dernier est un peu plus volumineux que le précédent.

Sur la face postro-externe de la cuisse droite on trouve une gomme encore non ulcérée de consistance ferme.

Un peu au-dessus de la crête iliaque droite se trouvent deux autres gommès non ramollies distantes l'une de l'autre d'environ 3 centimètres.

Malgré ces foyers de tuberculose multiples, l'enfant n'a jamais eu de fièvre et est loin de présenter l'aspect de quelqu'un qui serait sous le coup d'une infection générale.

Tous ces abcès sont incisés et grattés.

Dans les trois observations que l'on vient de lire, la bénignité de l'affection est manifeste. Elle reste

rigoureusement locale. Dans l'observation II notamment nous avons vu des foyers de tuberculose grattés, guérir radicalement, d'autres au nombre de dix évoluer spontanément vers la guérison.



MECANISME DE LA GUÉRISON SPONTANÉE

Après avoir vu les tuberculômes évoluer spontanément vers la guérison, il nous semble intéressant de rechercher quel est le mécanisme de cette heureuse terminaison, et nous demanderons à l'étude de l'anatomie pathologique, et des phénomènes intimes qui président à l'évolution du tubercule de nous livrer ce secret.

Sans reprendre la question aujourd'hui élucidée de l'origine du tubercule par le bacille de Koch, nous nous bornerons à indiquer que l'agglomération des follicules tuberculeux constitue les tissus pathogènes que l'on rencontre dans les néoplasies tuberculeuses. La partie centrale du tubercule subit d'abord la dégénérescence vitreuse, puis tous les éléments se confondent en une masse opaque. C'est la transformation caséeuse. Cette masse caséeuse se ramollit elle-même et forme le pus, l'abcès tuberculeux est constitué. Durant cette évolution il se fait autour des tubercules une prolifération cellulaire des plus abondantes, des plus actives. Cette zone périphérique

renferme des tubercules jeunes en voie de développement et constitue une limite continue autour des produits liquides, c'est la paroi. Ce dernier élément joue le rôle capital dans l'évolution de l'abcès et c'est pour cela qu'elle a été nommée « tuberculogène » par M. Lannelongue. Elle est la lésion principale alors que son contenu n'est que chose accessoire. Ce n'est pas en effet une membrane inerte plus ou moins résistante créée pour empêcher la diffusion du pus. Elle est au contraire essentiellement active et infectante. C'est elle qui donne à la collection son caractère de tumeur envahissante et destructive et lui a valu le nom de « tuberculôme ». A la périphérie de l'abcès par un phénomène progressif d'accroissement dû aux effets des bacilles en activité, la paroi s'étale et s'étend en formant de nouveaux tubercules, tandis que les éléments caséifiés, nécrosés, tombent au centre de l'abcès.

On a émis plusieurs hypothèses pour expliquer la caséification du tubercule et chacune d'elle reflète d'une façon frappante les idées régnantes de son époque.

Dans une phase purement histologique on invoque avec Niemeyer et Traube des troubles circulatoires provoqués par accumulation et tassement de cellules dans les tissus. Sous l'influence des études faites de l'artérite et plus spécialement de l'endarterite obli-

térante on rattache la dégénérescence caséuse à un trouble trophique.

Après la découverte des bacilles de Koch on repousse avec Thaon les lésions des vaisseaux comme cause prochaine de la caseification et on attribue aux conditions même de développement du bacille la dégénérescence des cellules embryonnaires dont le bacille amène la mort après en avoir puisé tous les matériaux.

Avec la notion des poisons microbiens la question entre dans une troisième période. La caseification des lésions tuberculeuses est le résultat des poisons secrétés par le bacille. Ce fait a été mis en lumière par les nombreuses expériences qui ont été faites avec la tuberculine et aussi par la propriété qu'a reconnu M. Straus (1) aux cadavres des bacilles tuberculeux de garder après la mort une grande partie des qualités pathogènes caractéristiques des bacilles vivants. Sans doute les bacilles peuvent agir par eux-mêmes mécaniquement sur les parties ambiantes, mais leur végétabilité n'est pas nécessaire, l'intoxication suffit.

La dégénérescence vitreuse ou caséuse débute toujours dans les endroits où se trouvent particulièrement les bacilles et les toxines qui leur adhèrent intimement, c'est-à-dire au centre des tubercules. Les éléments cellulaires groupés tout autour sont ensuite frappés et la dégénérescence suit ainsi une marche

(1) Straus. — La tuberculose et son bacille

excentrique envahissant au fur et à mesure les tissus par l'intermédiaire de la membrane tuberculogène.

Cependant les lésions n'ont pas toujours une évolution destructive. Le pouvoir caséifiant des poisons tuberculeux a un terme ; il n'est pas inépuisable pour une quantité donnée, c'est-à-dire qu'en amenant la caséification des tissus, ces poisons se détruisent eux-mêmes. Le processus destructeur ne continue qu'à la condition que les bacilles se multiplient sans cesse et pour cela il faudrait qu'ils puissent s'infiltrer et se propager tout autour du premier foyer pour y provoquer d'autres tubercules qui subiront à leur tour leurs effets nécrosant.

Mais tandis que les cellules embryonnaires dont les poisons tuberculeux ont provoqué l'afflux, subissent leurs atteintes et meurent, à la zone limite, d'autres cellules embryonnaires, insuffisamment impressionnées par les poisons tuberculeux pour être frappées de mort, assez toutefois pour que leur vitalité soit excitée, deviennent l'objet d'un phénomène intéressant ; elles s'organisent en un tissu fibreux qui enserme et transforme le foyer caséeux en une espèce de kyste, qui se résorbe plus ou moins avec le temps. C'est la guérison, sinon la guérison anatomique qui est extrêmement rare et tout à fait exceptionnelle, tout au moins la guérison clinique, c'est-à-dire l'arrêt du processus.

L'idée qui s'en dégage est que l'organisation de

tissus fibreux tout autour des foyers caséeux ne dépend pas tant de l'agent infectieux que de la structure et de la réaction des tissus.



ATTÉNUATION DU VIRUS TUBERCULEUX

La définition célèbre que Grancher a donné du tubercule : « une néoplasie inflammatoire à tendance fibro-caséeuse » implique semble-t-il une tendance spontanée à la régression. Cependant, n'est-on pas frappé du sort essentiellement différent des lésions tuberculeuses selon les cas ? Certaines tuberculoses cutanées ont une tendance à rester torpides ou même à régresser au lieu que d'autres se généralisent avec une effrayante facilité. On en est à se demander si c'est le même agent pathogène qui produit ces phtisies cachectisantes avec fièvre hectique, sueurs nocturnes, amaigrissement, et les tuberculômes de la peau.

La distinction très ancienne entre les tuberculoses médicales et chirurgicales repose toute entière sur ce fait en somme évident ; mais si jadis le bistouri n'atteignait que des régions dans lesquelles les manifestations tuberculeuses étaient bénignes, son champ d'action s'est aujourd'hui singulièrement étendu. Par une coïncidence digne d'être notée les régions sou-

mises aux atteintes les plus bénignes de la tuberculose, sont celles qui de longtemps ont été explorées par le chirurgien, et le fait pouvait en quelque sorte se prévoir : les régions du corps humain qui pouvaient être avec le moins d'inconvénients retranchées par l'opérateur sont également celles dont l'atteinte par les agents morbides se révèle par les perturbations les moins graves, par les symptômes les moins bruyants.

La tuberculose de la peau est à ce titre au plus haut point une tuberculose chirurgicale. Mais aujourd'hui la distinction ne tient plus quand il n'est plus un organe devant lequel l'opérateur se trouve désarmé. Il ne faut plus parler de tuberculose médicale et de tuberculose chirurgicale, il faut seulement distinguer des tuberculoses bénignes et des tuberculoses graves.

L'unité de la tuberculose n'est pas pour cela rompue. Les faits disparates comme ceux de M. J. Courmont de Lyon qui trouve des strepto bacilles dans un foyer présumé tuberculeux demanderaient confirmation et il n'existe aujourd'hui aucune voix discordante. Les chercheurs ont mis en évidence des pseudo-tuberculoses (*aspergillus equi*, *actinomices bovis*), mais ces affections n'ont rien à voir avec les manifestations tuberculeuses de la peau au niveau desquelles les constatations positives sont légion. Les gommes cutanées ont indubitablement pour cause le bacille de Koch.

Resterait comme explication celle présentée par M. Arloing qui parle de « races variables » lesquelles tout en ayant des caractères communs en différeraient par une virulence et des habitats spéciaux. Le savant professeur de Lyon, injectant à des animaux des produits tuberculeux a observé que ceux qui proviennent de tuberculoses viscérales sont beaucoup plus nocifs que ceux qui viennent de localisations articulaires ou cutanées.

MM. Courmont et Dor sont arrivés à produire expérimentalement chez 5 lapins des tuberculoses articulaires en injectant dans le système veineux, des cultures très atténuées de bacille de Koch, et devant le fait que des colonies microbiennes atténuées vont se localiser, — et là seulement après avoir traversé tout l'organisme, — au niveau des points où l'on est habitué à trouver des tuberculoses bénignes, ils ont admis comme leur maître Arloing, des variétés différentes de bacilles ; les uns très virulents ayant leurs habitats dans les organes viscéraux et ne pouvant vivre que dans ceux-là, les autres à virulence atténuée, agents des tuberculoses locales.

Cette explication ne nous semble point recevable. Les conceptions actuelles en microbiologie tendant à attribuer une valeur relativement faible à la morphologie microbienne, montrent bien que souvent ce qui fait la gravité d'une infection, ce n'est

pas tant le microbe lui-même que le milieu dans lequel il se développe ; que son développement et sa multiplication, n'impliquent pas nécessairement sa virulence exaltée et que tel agent qui trouve sa vie dans un endroit de l'organisme peut n'y pas rencontrer les conditions nécessaires à l'exaltation de sa virulence. D'autre part, les organes dont la lésion est grave au plus haut point sont ceux aussi qui sont le mieux armés pour la lutte et une culture microbienne atténuée ne saurait avoir sur eux une prise efficace.

Mais alors, qu'est-ce qui nous donnera la clef de ces divergences dans les effets d'une même maladie ?

Nous avons vu en étudiant le mécanisme qui préside à la guérison des lésions tuberculeuses que l'arrêt du processus destructeur ne dépend pas tant de l'agent infectieux que du terrain sur lequel il évolue.

La tendance physiologique de l'organisme est de se débarrasser des agents nocifs. C'est même cette réaction et non les agents pathogènes de la maladie qui en constitue les phénomènes apparents. La victoire de l'organisme vient le plus souvent terminer cette lutte et il suffit qu'il n'advienne pas de causes débilitantes s'opposant au fonctionnement normal de la réaction des tissus pour que l'agent envahisseur soit repoussé.

Cependant tous les tissus ne réagissent pas également ; il y a des organes plus particulièrement ex-

posés à ces causes aggravantes et c'est dans ces différences qu'il faut chercher croyons-nous la solution de notre problème.

Le tissu conjonctif est incontestablement celui qui se prête le mieux au développement du bacille. Nous en avons la preuve dans la marche même de certains abcès froids appelés migrants à cause de leur tendance à envahir les tissus environnants, s'éloignant ainsi de leur point d'origine. On voit assez souvent des abcès par congestion symptomatique d'un mal de Pott suivre les trajets les plus divers semblant marcher au gré de leurs caprices, mais toujours l'envahissement se fait dans les endroits où se trouve le tissu conjonctif et là où il est particulièrement lâche. Lorsqu'il offre une texture serrée comme dans les aponévroses la résistance est plus considérable. Avec le temps cette résistance peut cesser et les aponévroses sont envahies et détruites par la membrane tuberculeuse, mais souvent elles se dressent comme une barrière infranchissable et la collection ne peut la traverser qu'à la faveur d'un orifice naturel.

Le derme offre une structure comparable à celle des aponévroses. Il se compose d'un feutrage dense et serré de tissu conjonctif et de fibres élastiques et musculaires renfermant dans leurs mailles des cellules embryonnaires qui semblent préparées pour la phagocytose. Cela constitue un bien pauvre terrain

pour le bacille de Koch, qui ne pouvant se développer à son aise est heureusement combattu par la réaction des tissus.

D'autre part, aucune cause aggravante propre à débilitier l'organisme et à favoriser ainsi son envahissement n'intervient ici. On conçoit en effet très aisément que les fonctions du tégument externe soient peu influencées par la suppression fonctionnelle de quelques centimètres sur toute l'étendue du système cutané, et l'organisme, qui a conservé tous ses moyens de résistance contre l'envahisseur, en a facilement raison.

L'atténuation du virus tuberculeux au niveau des tuberculômes cutanés, résulte donc avant tout de la structure même du derme, qui est un excellent tissu de combat, et la tendance normale en quelque sorte à cette atténuation est favorisée par le fait même de l'absence des causes aggravantes si facilement réalisées au niveau d'autres organes et notamment du poulmon.

Ce qui distingue la tuberculose pulmonaire, ce qui lui donne son allure de gravité spéciale, c'est d'abord le siège même de la néoplasie qui en attaquant le poulmon supprime en partie une fonction aussi importante que celle de l'hématose.

C'est ensuite sa transformation précoce de tuberculose fermée en tuberculose ouverte permettant aux infections secondaires de venir ajouter leur action à

celle du bacille de Koch et chacun sait l'influence aggravante des infections surajoutées qui se manifeste même dans les tuberculoses dites chirurgicales. Le développement de l'abcès tuberculeux provenant d'un mal de Pott ou d'une coxalgie se fait souvent avec aussi peu de retentissement sur la santé générale que le développement d'un kyste hydatique ou d'une hydrocèle. Il provoque si peu de réaction qu'on en néglige quelquefois la recherche par un examen méthodique et ce n'est que lorsqu'il a acquis un gros volume, et qu'il est devenu superficiel qu'on le découvre avec surprise. Mais si la culture tuberculeuse cesse d'être pure, l'abcès cesse aussitôt d'être une collection froide et se complique de fièvre. L'association des streptocoques et des staphylocoques aux bacilles de Koch, en a décuplé la gravité.

Des questions d'ordre anatomique viennent encore expliquer la gravité de la tuberculose pulmonaire. La charpente du poumon est légère, les cellules sont peu nombreuses et la phagocytose y est par suite plus difficile ; il rassemble en un mot toutes les conditions d'un bon milieu de culture et sa circulation sanguine et lymphatique très active est particulièrement favorable à la diffusion des bacilles et de leurs toxines.

Pourtant, malgré toutes ces causes d'aggravation possible, la curabilité de la tuberculose pulmonaire n'est plus à démontrer. Combien nombreux sont en

effet les cas de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire ! Ce n'est plus une surprise d'autopsie que de trouver dans les p^{ou}mons d'individus morts d'une affection intercurrente des tubercules ayant subi la transformation crétacée ou fibreuse. D'aucuns prétendent même qu'on en trouve chez tous les vieillards.

Si même la tuberculose pulmonaire peut évoluer sans s'accompagner de phénomènes généraux et guérir spontanément, il n'y a vraiment pas de quoi s'étonner quand les mêmes faits se reproduisent pour une lésion de même nature siégeant dans un organe d'importance secondaire comme la peau, où tout semble concourir à la réalisation de la tendance physiologique, c'est-à-dire la mort de l'envahisseur.



TRAITEMENT

Si les tuberculômes cutanés constituent une affection bénigne, purement locale, évoluant comme telle et susceptible de guérison spontanée, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent devenir le point de départ de colonies microbiennes. C'est l'épée de Damoclès continuellement suspendue au dessus de la tête du sujet qui en est porteur.

Il ne faudra donc pas attendre que les choses s'aggravent. En intervenant d'une façon précoce, on arrêtera plus facilement un processus moins avancé ; on s'adressera à un organisme non infecté et il y aura plus de chance que la réparation soit complète.

La thérapeutique rationnelle en est toute récente. Avant que le Professeur Lannelongue eut décrit la membrane tuberculogène, les traitements s'adressaient uniquement au contenu de la poche que l'on évacuait par la ponction ou l'incision. Les tuberculômes se reproduisaient indéfiniment ou bien la plaie restait fistuleuse, et l'on assistait à des suppurations interminables faisant le désespoir des malades et des médecins.

Le traitement, pour être efficace, doit être radical. Il doit s'adresser au contenant et au contenu. La méthode de choix est ici l'incision de la poche suivie de curetage, fait le plus soigneusement possible de façon à ne laisser aucune partie de la membrane tuberculeuse.

Nous ne nous arrêterons même pas aux applications médicamenteuses plus ou moins résolutes et nous envisagerons tout de suite le traitement hygiénique qui prend ici une importance considérable. Modifions le terrain et la tuberculose guérira d'elle-même.

L'alimentation sera surveillée avec soin ; les repas seront réguliers et substantiels.

L'huile de foie de morue est un puissant médicament d'épargne qui sera mis à contribution ; la glycérine rendra en été les services qu'on ne peut plus demander à l'huile de foie de morue.

Mais avant tout, ce qu'il faut conseiller, c'est le séjour au grand air, autant que possible à la campagne. Le petit malade sera gardé dehors chaque fois que le temps le permettra et la nuit les fenêtres de sa chambre resteront largement ouvertes. En un mot, on pratiquera l'aérothérapie.

On doit en somme par tous les moyens possibles mettre l'organisme en état de lutte contre une affection qui a peu de tendance à se généraliser, mais qui peut aussi envahir un organisme affaibli.

CONCLUSIONS

I. — Les tuberculômes cutanés d'origine endogène sont des manifestations tuberculeuses souvent localisées à la face profonde du derme.

II. — On ne saurait invoquer le traumatisme pour expliquer cette localisation qui semble être plutôt le fait de l'activité nutritive.

III. — Ces tumeurs constituent une manifestation atténuée, éminemment locale de la tuberculose, susceptible de guérison spontanée.

IV. — La structure dense et fibreuse de la peau constitue un terrain de culture défavorable, où l'envahissement microbien est facilement limité.

V. — Le rôle relativement secondaire de la peau au point de vue physiologique ou tout au moins la suppléance offerte par les parties restées saines, expliquent le peu de retentissement sur l'organisme.

VI. — Malgré leur bénignité les tuberculômes peuvent devenir à la longue le point de départ de

colonies microbiennes, et à ce point de vue il convient d'intervenir de bonne heure chirurgicalement, et de demander à l'hygiène et surtout à l'aérophérapie les bienfaits dont elles sont capables.

Vu : Le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arloing. — Des virus, Paris 1891.

— Leçons sur la tuberculose, 1892.

Brissaud et Josias. — Gommès scrofuleuses. In *Revue mensuelle med et chirurg.*, 1879.

Besnier. — Article « Gomme » du *Dict. encyclopédique*, 1883.

Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofulé. *Revue méd.*, 1856.

J. Courmont et Dor. — De la production des tumeurs blanches expérimentales. In *prov. médicale*, 8 novembre 1890.

Crosnier. — De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers profonds sous-cutanés. *Th. Paris*, 1888-89.

Feulard. — Tuberculose infantile à manifestations multiples. *Annales de dermatologie*, 1889, page 45.

Forget. Guérison spontanée des abcès froids. *Th. Paris* 1884.

Gamaleïa. — Lésions locales dans les maladies microbiennes. *Arch. expérimentale de médecine*, 1891.

Gosselin. — Tuberculose atténuée *Annales de la tuberculose*, 1887.

Hallopeau. — Revue de la tuberculose, 1897.

— Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1895.

Lannelongue. — Société de chirurgie, 1878, 1879, 1880, 1882, 1886.

— Communication à l'Académie, 7 juillet 1891.

— Abscess froids et tuberculose osseuse, 1881.

— Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose, 1887.

— Tuberculose chirurgicale.

Lannelongue et Achard. — Traumatisme et tuberculose. Note lue au Congrès de Berlin, 1899. Bulletin méd., n° 43.

Leloir. — Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau. Paris, 1892.

Marfan. — Tuberculose généralisée chronique et apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge. Semaine médicale, 1839.

Mauclaire. — Différentes formes d'arthrites tuberculeuses, 1893.

Pascal. — Tuberculose du premier âge. Th. Paris, 1892.

Phocas. — Tuberculoses multiples chez les enfants. Soc. chirurgic., 1891.

Ritzo. — Tuberculose cutanée. Thèse de Paris, 1887.

Vallas. — Les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse Lyon, 1887-88.

Voguet. — Sur la dactylite strumeuse infantile. Thèse de Paris, 1877.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine

